

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 065050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2027 Société : 48846

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0667 931671 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

06/11/2020			CN=120,00	 Dr. HAFDI Karim Cardiologue Clinique CNSS BORDJ
06/11/2020				
06/11/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	06/11/2020	329,20
---	------------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

	06/11/2020	1000,00	 Medecin Radiologue
	06/11/2020	271,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

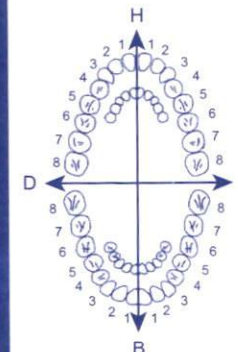
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

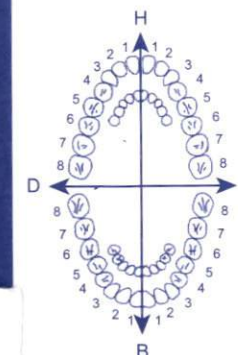
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	B	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 06/11/2020

Jadoud Whedad.

27.70

1) Codoliprene 1000 1st. Ach.

125.60

2) B-pelanca 1/1.12 1st. Ach.

103.00

3) Vasor 30 1st. Ach.

22.20

Codoliprene 1000 3/1 (2/1)

50.79

4) Codoliprene 1000 2/1 1st. Ach.

329.20

(2/1) 1st. Ach. (2/1)
(2/1) 1st. Ach. (2/1)
(2/1) 1st. Ach. (2/1)

Dr. Haddi Karim
Polyclinique CNSS
Dermatologue

Veuillez lire attentivement

- Gardez cette notice, vous
- Si vous avez d'autres que
- Ce médicament vous a été
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.



Acide acétylsalicylique
Cardioaspirine 100 mg/30cps
P.P.V. : 27,70 DH

notice avant de prendre ce médicament.
la relire.

Informations à votre médecin ou à votre pharma-

prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même



CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

Dans cette notice :

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, l'agrégation des plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le

فاسكور® ت.م 35 ملغ. أقراص ملبسة ذات طعم
علب من فئة 30 و 60 و 90 قرصا
(ترسيمطيردين)

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.
احتفظ بهذه النشرة - قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.
إذا كانت لديك أسئلة أخرى إذا كان لديك شك، اطلب المساعدة من المعلومات من
لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر.
مشابهة. لأنك قد تنسب الضرر له.
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود عارض غير
هذه النشرة. تحدث مع ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

1. مكونات الدواء:

المادة الفعالة:

ثنائي كلور هيدرات تريميتازدين.
المواد: هيدروجينوفوسفات الكالسيوم ثنائي المائية، هيدروكسيد
سترات الغنسيوم، هيدروكسيد المغنسيوم، هيدروكسيد البوتاسيوم، E-15، ثاني أكسيد التيتانيوم
2. الصنف الصيدلي العلاجي أو نوع النشاط:
دواء آخر لأمراض القلب مضاد للذبحة الصدرية - كود C01EB15: ATC

3. دواعي الاستعمال:

ينصح باستعمال هذا الدواء لدى البالغين في اشتراك مع أدوية أخرى في علاج
الصدر ناجم عن مرض تاجي.

4. الجرعات:

احرص دائما على تناول هذا الدواء بالاحترام التام لتعليمات الطبيب.
تحقق لدى الطبيب أو الصيدلي في حالة الشك.

طريقة وكيفية الاستعمال ومدة العلاج

الجرعة الموصى بها من فاسكور® ت.م 35 ملغ. أقراص ملبسة ذات طعم معدلة
صباحا ومساءً يجب تناوله خلال الوجبات.
إذا كنت تعاني من مشاكل في الكلية أو سنك يفوق 75 سنة، يمكن للطبيب

مدة العلاج

في كافة الأحوال يجب الاحترام التام لوصفة الطبيب.

5. موانع الاستعمال:

لا تستعمل أيضا فاسكور® ت.م 35 ملغ. أقراص ملبسة ذات طعم معدلة:
* إذا كانت لديك حساسية لتريميتازدين (حساسية مفرطة) أو لأحد مكونات
* إذا كنت تعاني من مرض باركنسون، مرض دماغي يصيب الحركات (اهتزاز
متغير غير متوازن مع الميل إلى جر القدمين).
* إذا كنت تعاني من مشاكل كلوية خطيرة.

6. التأثيرات غير المرغوب فيها:

كشلت كافة الأدوية قد تنسب من فاسكور® ت.م 35 ملغ. أقراص ملبسة ذات طعم
مرغوب فيها، رغم أنها لا تحدث لدى جميع الأشخاص. تم الإبلاغ عن التأثيرات غير
شائعة (حدث لدى أقل من 1 مريض من أصل 10):
* دوار، صداع، ألم في البطن، إسهال، صعوبة الهضم، شعور بالغثاس في فم، ط
وشعور بالغثاس.

نادرة (حدث لدى أقل من 1 مريض من أصل 1.000):

دقات قلبية سريعة أو غير منتظمة (تسمى كذلك خفقان القلب)، دقات قلبية
دقات القلب، انخفاض الضغط الشرياني عند الانتقال إلى وضعية الوقوف قد
إحساس مفرط بالضوء، إغماء، توهك (شعور عام بالمرض)، سقوط، احمرار، قساوة
* إصابة في الكبد تظهر بالتهاب الكبد، اصفرار الجلد (التهاب الكبد).
غير محتملة (أكثر من 1 مريض من أصل 10):
* اضطرابات النوم (صعوبة في النوم، الشعور بالدوار، إغماء، احمرار).
* أعراض خارج هرمية (حركات غير اعتيادية، تحمض ارتعاش اليدين والأصابع، اضطراب
المشي، بصر الأقدام، تصلب الفراعين والساقين)، عادة ما تختفي بتوقيف العلاج.
* اضطرابات النوم (صعوبة في النوم، الشعور بالدوار، إغماء، احمرار).
بأكملها مع بثور انتفاخ الوجه، الشفتين، اللسان والخنجر قد تنسب في صغر
* انخفاض هام في عدد خلايا الدموية في الكريات البيضاء قد تنسب غالباً في
الصفيحات في الدم ما قد يزيد من خطر النزيف أو الكدمات.
* مرض كبد (غثاس في فقدان الشهية، شعور بالتوكم، حمى، حكة، اصفر
اللون بول داكن اللون).

التصريح عن التأثيرات غير المرغوب فيها:

103,00

على الترخيص
ساختها.

أقراص ملبسة
ن بعلاج أولي

لك إجراء فحص
الهيفة، حركة
يجب إبلاغ

les sanguines de la lignée blanche pouvant
liminution du nombre de plaquettes dans le
ement ou d'ecchymoses.

perte d'appétit, sensation de malaise, fièvre,
des yeux, selles de couleur claire, urine de

lectés :

ecies après autorisation du médicament est
ntinue du rapport bénéfice/risque du

EAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

ien avant de prendre VASCOR LM ® 35mg,

atif d'une crise d'angine de poitrine, ni un
rine instable. Ce n'est pas un traitement de

poitrine, prévenez votre médecin. Des
a traitement sera éventuellement modifié.

as symptômes tels que tremblement, raideur
déséquilibrée avec une tendance à traîner
qu'il convient de rechercher et de signaler à
ailement.

llé pendant l'allaitement.
a baisse de la tension artérielle ou d'un
fais indésirables).

libération modifiée ne doit pas être
3 ans.

si vous prenez, avez récemment pris ou

sons :

ET D'ALLAITEMENT

ment pendant la grossesse. Si vous
e traitement, consultez votre médecin.

ts le lait maternel, VASCOR LM ® 35mg ne

i vous pensez être enceinte ou planifiez une
u pharmacien avant de prendre ce médicament.

IENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE
S MACHINES

on d'avoir la tête qui tourne et vous donner
pacité à conduire des véhicules et à utiliser

EN CAS DE SURDOSAGE

ON D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

QUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

écialistes en cardiolo

pas 25°C.

nfants et la vue des e
péremption figurant s
égout ni avec les ordi
r les médicaments
nt à protéger l'environ
té approuvée est : M

6 118000 081990

VASCOR

Read this entire leaflet.
Keep this leaflet. You
if you have any other
doctor or pharmacist.
This medicine has been
the right medicine for
if any of the side effects
leaflet, please tell your

1- COMPOSITION

Drug substance:

Trimetazidine dihydrochloride

Excipients: Calcium
Magnesium stearate
Isopropyl alcohol, Purified water

2- PHARMACO-THERAPY

3- THERAPEUTIC INDICATIONS

This medicine is indicated in the treatment of angina pectoris.

4- DOSAGE

Always take this medicine as recommended by your pharmacist if you are a patient.

5- CONTRAINDICATIONS

Do not take VASCOR LM if you are allergic to the active substance or to any of the excipients.

* If you have a Parkinson's disease, a rigid posture, slow movements, or if you have severe liver or kidney disease, consult your doctor before taking this medicine.

6- POSSIBLE SIDE EFFECTS

Like all medicines, VASCOR LM may cause side effects, although not everyone experiences them.

Common (may affect more than 1 in 10 people):

Dizziness, headache, rash, itching, hives, allergic reactions.

Rare (may affect up to 1 in 100 people):

Fast or irregular heart rate, dizziness, headache, rash, itching, hives, allergic reactions.

VASCOR LM 35mg
60 comprimés pelliculés

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base)	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE

Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine

SYSTEME

VOTRE P

Codoliprane® ○

Ce médicament
Ne les

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMÉS SÉCABLES

PPV 22DH20
PER 06/22
LOT 11709



6 118000 040217



بيبريتيراكس® أرجنين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبّات ملبسة

بيراندوبريل أرجنين/إنداباميد

اقرأ بَدَقَة هذه النشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة لك.

- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج لتستند إليها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى اسأل الطبيب أو الصيدلاني.
- لقد وُصف هذا الدواء لك شخصيًا، فلا يجوز إطلاقاً إعطاؤه لشخص آخر، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة، فقد تلحق به الضرر.
- إذا شعرت بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني. هذا ينطبق أيضًا على جميع الآثار الجانبية الغير المدلى بها في هذه النشرة (انظر إلى مقطع 4: «ماهي الآثار الجانبية المحتملة؟»)

- ديفوكسين digoxine أو غيره من الأدوية الديجيتالية (لعلاج الإضطرابات القلبية).
- باكوفين baclofène (لعلاج تيبس العضلات الناجم عن تصلبات متنوعة).
- الأدوية المستعملة في علاج ذاء السكري مثل الأسولين والمنفورمين والكليبتين.
- الكلسيوم، بما فيها كماليات الكلسيوم.
- المسهلات المُنَهَة (منها sené).
- مضادات الالتهاب الغير ستيرويدية (مثل ibuprofène)، أو الأدوية المحتوية على مقدار كبير من الساليسيلات (مثل الأسبيرين).
- أمفوتريسين amphotéricine B بالحقن (لعلاج الإصابات الفطرية السيفية).

ت النفسية، مثل الإكتئاب، أو القلق، أو القُصام (منها ني، أو مضادات الذهان). (مثل أميسولبريد، سوليسبريد، ريدول).

(مرض كرون Crohn's disease).

ت (المستحضرات التي من شأنها توسيع الأوعية الدموية).
نظ الشرباني، أو في علاج الصدمة أو في علاج الربو (منها

لغ حبّات ملبسة مع الطعام والشراب
5 ملغ/1,25 ملغ قبل وجبة الطعام.

بأنك حامل أو تخططين للإنجاب، راجعي الطبيب أو

يستهمل؟
ملغ/1,25 ملغ،

Bipreterax®
Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

حالة يستعمل
C01

ن مادتين فتم
لاج لارتفاع

وم هذه المادة؛

ن لكن الإنداباميد
ما تقوم هاتين

جنين 5 ملغ/1,25

125,80

- في هذه النشرة
1. ما هو بيريتيراكس؟
 2. ما هي الحبات الملبسة؟
 3. كيف يؤخذ؟
 4. ما هي الآثار الجانبية؟
 5. كيف يحفظ؟
 6. محتويات؟

1. ما هو بيريتيراكس؟
الفئة العلاجية
إن بيريتيراكس
البيراندوبريل
الشرباني
تنتمي إلى
الأوعية الدموية
إن الإنداباميد
مختلف عن
الفئاتين في

2. ما هي الحبات الملبسة؟

يجب إعلام طبيبك إذا كنت تعقدين بأنك حامل أو تحتملين وقوع حمل

عليك باستشارة قبل المباشرة

إن سبق وأعلمك طبيب بعدم استعمالك لبعض

CARDENSIEL est habituellement utilisé dans le cadre d'un traitement au long cours.

Chez l'adulte, y compris les personnes âgées :

Le traitement par bisoprolol doit être instauré à faible dose et augmenté progressivement.

Votre médecin décidera de l'augmentation de la dose à appliquer, en général selon le schéma suivant :

- 1,25 mg de bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 2,5 mg de bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 5 mg de bisoprolol une fois par jour pendant quatre semaines
- 10 mg de bisoprolol une fois par jour en traitement d'entretien (en continu)

La dose quotidienne maximale recommandée est de 10 mg de bisoprolol.

Selon votre tolérance au médicament, votre médecin pourra également décider de prolonger l'intervalle entre les augmentations de la dose. Si votre état s'aggrave ou si vous ne tolérez plus le médicament, il pourra être nécessaire de réduire à nouveau la dose ou d'interrompre le traitement. Chez certains patients, une dose d'entretien inférieure à 10 mg de bisoprolol peut être suffisante. Votre médecin vous indiquera la marche à suivre.

Si vous devez arrêter totalement le traitement, votre médecin vous conseillera généralement de réduire progressivement la dose, faute de quoi votre état de santé pourrait se détériorer.

Si vous avez pris plus de CARDENSIEL que vous n'auriez dû :

Prévenez immédiatement votre médecin qui décidera des mesures à prendre.

Les symptômes de surdosage peuvent être un ralentissement du rythme cardiaque, des difficultés respiratoires sévères, des vertiges ou des tremblements (dus à la baisse du taux de sucre dans le sang).

Si vous oubliez de prendre CARDENSIEL :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

Si vous arrêtez de prendre CARDENSIEL :

N'interrompez en aucun cas le traitement par CARDENSIEL si votre médecin ne vous a pas conseillé de le faire. Dans le cas contraire, votre état de santé pourrait se détériorer fortement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, CARDENSIEL est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Afin d'éviter les réactions graves, consultez un médecin immédiatement si un effet indésirable devient sévère, survient brusquement ou s'aggrave rapidement.

Les effets indésirables les plus graves sont ceux touchant les fonctions cardiaques :

- ralentissement du rythme cardiaque (plus de 1 personne sur 10)
- aggravation de l'insuffisance cardiaque (moins de 1 personne sur 10)
- rythme cardiaque lent ou irrégulier (moins de 1 personne sur 100)

Si vous avez des vertiges ou si vous vous sentez faible, ou encore si vous avez des difficultés à respirer, contactez votre médecin dès que possible.

Les autres effets indésirables sont répertoriés ci-dessous en fonction de leur fréquence :

Fréquent (moins de 1 personne sur 10) :

- fatigue, épuisement, vertiges, maux de tête,
- sensation de refroidissement ou d'engourdissement dans les mains et les pieds
- pression artérielle basse
- troubles gastro-intestinaux tels que nausées, vomissements, diarrhée ou constipation,

Peu fréquent (moins de 1 personne sur 100) :

- troubles du sommeil
- dépression
- vertiges lors du passage à la position debout
- gêne respiratoire chez les personnes ayant un asthme ou des problèmes respiratoires chroniques
- faiblesse musculaire, crampes

Rare (moins de 1 personne sur 1000) :

- troubles de l'audition
- rhinite allergique
- diminution de la sécrétion de larmes
- inflammation du foie pouvant causer un jaunissement de la peau ou du blanc
- résultats d'analyses anormaux
- réactions allergiques à type de démangeaisons, bouffées de chaleur, éruption
- troubles de l'érection
- cauchemars, hallucinations
- perte de connaissance

Très rare (moins de 1 personne sur 10 000) :

- irritation et rougeur de l'œil (conjonctivite)
- chute des cheveux
- apparition ou aggravation d'une affection cutanée squameuse (psoriasis)

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ...

5. COMMENT CONSERVER CARDENSIEL ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



Com



CARDENSIEL 2.5mg B30

PPV : 50,70 DH

7862160238

cien.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Ministère de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1176688		N° SEJOUR : 200071424		FACTURE N° 2005044601		DATE D'ENTREE : 06/11/2020		DATE DE SORTIE : 06/11/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : JADOUAL, Mohamed							
MALADE : JADOUAL, Mohamed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG											
Intervenant : 20200611 DR HAFDI KARIM ² CARDIOLOGUE		TOTAUX :		250.00						250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
					REMISE : 0.00		REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU: 250.00						
DATE FACTURE : 06/11/2020		EDITEE LE : 06/11/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1176688		N° SEJOUR : 200071423		FACTURE N° 2005044600		DATE D'ENTREE : 06/11/2020		DATE DE SORTIE : 06/11/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : JADOUAL, Mohamed							
MALADE : JADOUAL, Mohamed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)				TOTAUX :	120.00					120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :		120.00					
DATE FACTURE : 06/11/2020				EDITEE LE : 06/11/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
/ISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 06/11/2020

Patient (e) : JADOUAL MOHAMED

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales jointives sans injection de produit de contraste.

- Absence de surdensité en verre dépoli.
- Absence de nodule pulmonaire d'allure suspecte.
- Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutive.
- Absence d'adénopathies hilo-médiastinale.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

CONCLUSION

- TDM thoracique sans anomalie.

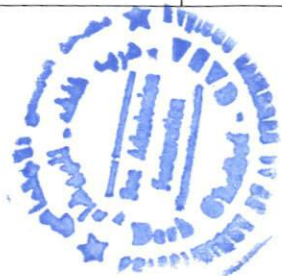
Hicham SATOR
Médecin Radiologue
DR SATOR

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1176688		N° SEJOUR : 200071405		FACTURE N° 2005044582		DATE D'ENTREE : 06/11/2020		DATE DE SORTIE : 06/11/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : JADOUAL, Mohamed							
MALADE : JADOUAL, Mohamed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
TDM		TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00 1000.00	
Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM RADIOLOGUE					TOTAUX :	1000.00				1000.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
					REMISE :	0.00		REGLE :		AVOIR :	
					RESTE DU :	1000.00					
DATE FACTURE : 06/11/2020					EDITEE LE : 06/11/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
/ISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
					BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
					N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1176688		N° SEJOUR : 200071406		FACTURE N° 2005044583		DATE D'ENTREE : 06/11/2020		DATE DE SORTIE : 06/11/2020		
ASSURE :				DESTINATAIRE : JADOUAL, Mohamed						
MALADE : JADOUAL, Mohamed										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	250.00	1.10	275.00					0.00	275.00
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .				TOTAUX :	275.00					275.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	275.00					
DATE FACTURE : 06/11/2020				EDITEE LE : 06/11/2020	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA				N° DE POLICE		DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 06-11-2020 à 12:54

Code patient : 2011060024

Né(e) le : ()

IPP : 1176688



Mr JADOUAL Mohamed

Dossier N° : 2011060024

Prescripteur :

EXTERNE

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine

<0.100 ng/mL

(<0.100)

Validé par : HARKATY OTHMANE





وصفة
ORDONNANCE



Le 06/01/2020

Jadoul Ahmed

Tropine



Dr. HAFDI Karim
Cardiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghatel

N1: gadoual Mshant

DA 17/8

Id.Pat :

Données :06/11/2020 12:48:34 50 bpm



ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

demandeur code

N° 010966

NOM DU MALADE

Jadoul Rahed

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demande

DL Hareige + Dyspnei

TDM Hareige (C-1)



Dr. HAFDI Karim
Cardiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghalef

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpit
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 06/11/2020

Page : 1

DECOMPTE

N° de séjour : 200071406

N° de séance : 202011060155

N° IPP : 0001176688 JADOUAL, Mohamed

Né(e) le : 01/01/1960

UF de présence : 5002 URGENCES
UF demandeur : 5002 URGENCES
Date et heure : 06/11/2020 13:36
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5002	EQUIPE BIOLOGISTES	Troponine	B	1.10	1.00	250.00	275.00

Total : 275.00